

Kliniğimize başvurunuz sırasında diş tedavisi öncesinde yapılacak muayene ve değerlendirme, tetkikler, işlemler ile maliyetleri hakkında bilgi sahibi olmak sizin en doğal hakkınızdır. Tedavi ve işlemlerin yararlarını, olası risklerini ve maliyetini öğrendikten sonra yapılacak işleme onay vermek sizin kararınıza bağlıdır.

Muayenede teşhis amaçlı ve/veya tedavi planı için röntgen filmi alınabilir, dış merkezden röntgen filmi istenebilir. Özellikle hamilelik ve radyasyon alınımının istenmediği durumlarda hekiminize bilgi vermeniz önemlidir. Gerekli durumlarda kurşun önlük giydirilmesi söz konusu olabilmektedir.

Muayene esnasında kullanılacak el aletleri keskin kenarlara sahip olabileceğinden ani hareketlerden kaçınılması, hekimin yönlendirmelerine uyulması gerekmektedir. Aksi takdirde ağız içinde veya dışında kesiler, kanamalar, yaralanmalar olabilir. Düşük bir ihtimalla de olsa acil tıbbi müdahale gerekebilir, başka bir sağlık kuruluşuna sevk söz konusu olabilir.

Ayrıca muayene sırasında ağız içi ve dişlerde değerlendirme amaçlı çeşitli solüsyonlar, soğuk-sıcak, elektriksel vb. uygulamalar yapılabilir. Bu uygulamalarda zararlı olmayan çok hafif ağrılar meydana gelebilir.

Hekiminiz ihtiyaç duyduğu takdirde planladığı diş tedavisi ile ilgili diğer hekimlerden, mevcut sistemik rahatsızlığınızdan ve/veya geçmişte veya halen kullanmakta olduğunuz ilaçlardan dolayı ilgili tıbbi birimden bilgi (konsültasyon) isteyebilir.

Mevcut sistemik hastalıklarınız, kullandığımız ilaçlar ve genel sağlık durumunuz, diş tedavi ve planlarını etkileyebileceğinden dolayı hekiminizi bilgilendirmeniz gerekmektedir. Bu bilgiler tedavi şekli, planı ve sürecinde aksamalara, gecikmelere, komplikasyonlara, istenmeyen yan etkilere ve hatta tıbbi yardıma ihtiyaç duyulabilecek durumlara yol açabilir. Herhangi bir konuyu saklamış olmanızdan veya beyan etmemenizden dolayı kaynaklanacak sorunlarda sorumluluk size aittir.

Sağlık kuruluşumuzun düzeninin ve tedavi programının aksamaması için randevularınıza sadık olmaya ve zamanında gelmeye özen göstermeniz, gelmeniz mümkün olmadığında randevunuzu 24 saat öncesinden iptal ettirmeniz gerekmektedir.

Aşağıdaki yer alan hastalıklar ve kullanılan ilaçlar konusunda lütfen eksiksiz ve hatasız olarak bilgi veriniz.

Hamilelik veya Hamilelik Şüphesi	.....	Psikolojik Hastalıklar	.....
Kalp Hastalıkları	.....	Bulaşıcı Hastalıklar (Hepatit-Aids vb.)	.....
Şeker Hastalığı (Diabet)	.....	Tüberküloz	.....
Tansiyon Hastalıkları	.....	Astım, KOAH	.....
Alerjik Hastalıklar	.....	Epilepsi	.....
Kanama Problemleri	.....	Karaciğer, Böbrek Hastalıkları	.....
Romatizmal Hastalıklar	.....	Kemik Hastalıkları	.....
Tiroid Hastalıkları	.....	Kemikle İlgili İlaçlar	.....
Kemoterapi-Radyoterapi	.....	Kan Sulandırıcı İlaçlar	.....
Devamlı Kullanılan İlaçlar	.....	Diğer Hastalıklar	.....

ONAY

Yukarıda yazılan bilgileri okumuş ve anlamış bulunmaktayım. Anamnez formuna yazdığım bilgiler eksiksiz ve doğrudur. Uygulanacak tedavilerde tıbbi hizmetlerin özenle yürütüleceği ancak tıbbi işlemlerde sonucun garanti edilemeyeceği, tedavi süresinde ve/veya sırasında ortaya çıkabilecek yeni durumlarla planlamanın değişebileceği, ek ücretlerin oluşabileceği diş hekimim tarafından bana anlatıldı. Bu formun bir kopyasını elden teslim almış bulunmaktayım. Tüm bu bilgiler ışığında muayenemin yapılmasına kendim ve/veya velisi-vasisi bulunduğum kişi adına izin veriyorum.

Aşağıdaki noktalı yere el yazınızla (**okudum, anladım, kabul ediyorum**) yazınız.

Tarih :

Hasta (*Yasal Temsilcisi) Adı – Soyadı :

Diş Hekimi
(Kaşe-İmza)

İmza :

*Yasal Temsilci: Vasiyet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne - baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. Derece kanuni mirasçılardır.